OPÉRATIONS CONSERVATRICES

ET

ORCHIDOTOMIE

DANS LA

TUBERCULOSE TESTICULAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 25 mars 1899, à 4 heures

PAR

Henri-Laurent MONGEOT

Né à Lavernay (Haute-Marne), le 5 mai 1872

Examinateurs : MM. Weiss, professeur, *président.*
Nicolas, professeur,
Etienne, agrégé. } *membres*
André, agrégé,

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1899

OPÉRATIONS CONSERVATRICES

ET

ORCHIDOTOMIE

DANS LA

TUBERCULOSE TESTICULAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 25 mars 1899, à 4 heures

PAR

Henri-Laurent MONGEOT

Né à Lavernay (Haute-Marne), le 5 mai 1872

ACAD. LUGD. BAT. BIB.

Examinateurs : MM. Weiss, professeur, *président.* — Nicolas, professeur, — Etienne, agrégé. — André, agrégé, *membres*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. Gross ✲, I ⓘ.

Doyen honoraire : M. Tourdes, O ✲, I ⓘ.

Professeurs honoraires : MM Tourdes O ✲, I ⓘ, Herrgott ✲, I ⓘ, Hecht ✲, I ⓘ, Beaunis ✲, ⓘ.

Clinique médicale	M. Bernheim, ✲ I ⓘ, professeur.
Clinique chirurgicale	M. Gross, ✲ I ⓘ, professeur.
Physique médicale	M. Charpentier, I ⓘ, professeur.
Médecine opératoire	M. Chrétien, I ⓘ, professeur.
Clinique chirurgicale	M. Weiss, I ⓘ, professeur.
Pathologie externe	M. Froelich, A ⓘ, ag. chargé du cours.
Chimie médicale et Toxicologie	M. Garnier, I ⓘ, professeur
Clinique médicale	M. Spillmann, I ⓘ, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. Herrgott, I ⓘ, professeur
Médecine légale	M. E. Demange, I ⓘ, professeur.
Hygiène	M. Macé, I ⓘ, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. Schmitt, I ⓘ, professeur.
Anatomie pathologique	M. Baraban, I ⓘ, professeur.
Anatomie descriptive	M. Nicolas, I ⓘ, professeur.
Physiologie	M. Meyer, A ⓘ, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. Simon, I ⓘ, professeur.
Histologie	M. Prenant, A ⓘ, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. Vuillemin, A ⓘ, professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des yeux	M. Rohmer, I ⓘ, ag. lib., ch. du cours.
Clinique des maladies des vieillards	M. P. Parisot, I ⓘ, ag. l., ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants	M. Haushalter, A ⓘ, ag., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. Février, ✲ A ⓘ, ag., ch. du cours.
Accouchements	M. Schuhl, A ⓘ, ag., ch. du cours.
Clinique des maladies mentales	M. N...

Agrégés en exercice

MM. Guérin, I ⓘ.	MM. Zilgien.	MM. Jacques.
Haushalter, I ⓘ.	Guilloz, A ⓘ.	Lambert.
Février, ✲, A ⓘ.	Froelich A ⓘ.	André.
Etienne.	Schuhl A ⓘ.	Bouin.

Agrégés libres : MM. Schlagdenhauffen ✲, I ⓘ. Rohmer, I ⓘ, Vautrin, A ⓘ. Remy, A ⓘ, P. Parisot, I ⓘ.

M. F. Lambert des Cilleuls, ⚷, A ⓘ, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE Dr WEISS

Professeur de clinique chirurgicale

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous voulons présenter nos hommages à nos maîtres des hôpitaux et de la Faculté de médecine de Nancy.

Nous prions particulièrement M. le professeur Weiss, qui nous a fait l'honneur de présider notre thèse, de recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance.

M. le professeur agrégé André, qui nous a indiqué le sujet de notre thèse et guidé dans sa rédaction, a droit à toute notre reconnaissance ; aussi sommes-nous heureux de lui adresser nos remerciements les plus sincères.

Nous n'oublierons pas nos maîtres de l'École de médecine de Dijon, qui ont guidé nos premiers pas dans la science médicale ; qu'ils reçoivent ici même l'expression de toute notre gratitude.

Merci enfin à mes bons amis Chaussin, Voizot, Dausseur et Roy, dont la solide amitié ne s'est pas départie un seul instant.

INTRODUCTION

Notre but, dans ce modeste travail, est de montrer deux choses :

1° Que les opérations conservatrices, quand elles sont possibles, sont la méthode de choix dans le traitement de la tuberculose testiculaire ;

2° Qu'il est utile de faire précéder ou suivre ces opérations d'incisions exploratrices du testicule.

Plusieurs excellents ouvrages sur le traitement de la tuberculose testiculaire, et en particulier sur l'épididymectomie, parus ces dernières années, ont fait ressortir avec plus de compétence que nous ne saurions le faire, les avantages des opérations conservatrices. Nous les résumerons donc en nous autorisant de ces travaux.

Notre travail personnel consistera surtout à démontrer l'utilité d'abord, les avantages ensuite, de la méthode préconisée par M. Poncet, et qui est le complément utile de l'épididymectomie, c'est-à-dire l'incision exploratrice du testicule.

Après avoir fait l'historique du traitement de la tuberculose du testicule, ce qui fera l'objet du chapitre I^er^,

nous parlerons des indications et contre-indications des opérations conservatrices dans le chapitre II.

Le chapitre III sera consacré à montrer l'utilité de ces mêmes opérations.

Le chapitre IV montrera l'utilité de l'orchidotomie.

Dans le chapitre V sera décrit le manuel opératoire.

Dans le chapitre VI, nous énumèrerons les avantages du procédé de M. Poncet, et donnerons les résultats en le faisant suivre d'observations.

Le chapitre VII sera consacré aux conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

En matière de dégénérescence épididymo-tuberculeuse, si la conduite de chirurgiens éminents a pu varier, nette et précise pour les uns, flottante et indécise pour les autres, du moins aujourd'hui la plupart vont-ils au même but : enlever le mal de bonne heure tout en respectant les parties saines.

Avant la période antiseptique, les traitements sanglants étaient difficilement acceptés et la plupart des chirurgiens se contentaient d'opérations palliatives et du traitement médical ; seuls les plus audacieux avaient recours à la castration dont la rapidité et la simplicité évitaient les accidents graves d'infection.

Déjà à cette époque, frappés par les effets désastreux des opérations radicales, ou de l'abstention poussée à outrance, quelques chirurgiens avaient-ils proposé des opérations conservatrices. C'est ainsi qu'Astley Coopre en 1830 conseille l'ablation partielle au bistouri des fongosités saillantes du testicule ; Bérard en 1834 propose d'inciser de bonne heure les masses tuberculeuses encore dures (ayant remarqué la difficulté d'obtenir la résolution des tubercules, qui finissent par se ramollir et donner des fistules). Puis en 1851 Malgaigne, qui dans un éclair de génie avait entrevu le double rôle, moral et physiolo-

gique du testicule, indiquait l'excision aux ciseaux et au bistouri des tubercules ramollis et suppurés.

A partir de 1861, l'avènement de l'ère antiseptique et les découvertes de Villemin et Koch, montrant le danger de la persistance des foyers inoculables, remirent en honneur la castration. En France, Tillaux, Poncet, Reclus, pour ne citer que les principaux ; en Angleterre, Puzey, Bloxam ; en Allemagne, Smith, en étaient les partisans. Verneuil, qui fut jusqu'à sa mort le champion attitré de la simple cautérisation ignée, Volkman, le promoteur du curettage, furent les défenseurs des opérations économiques.

Les découvertes de Brown-Séquard et aussi les résultats mauvais des opérations radicales jetèrent un jour nouveau sur la question. Les chirurgiens partisans de la castration hâtive reconnurent leurs torts et toutes les fois que les lésions du testicule proprement dit ne furent ni trop avancées, ni trop évidentes, ils tentèrent sa conservation. Leurs efforts aboutirent à des opérations nouvelles qui prétendirent être aussi curatrices que la castration, sans en avoir les inconvénients. On reprit sans trop de succès les cautérisations de Verneuil : les injections médicamenteuses (éther iodoformé de Mosotig Moorhof, de Vienne ; naphtol camphré de Reboul, de Nîmes), ne donnèrent pas de brillants résultats.

M. le professeur Lannelongue, s'inspirant de la guérison naturelle de certains noyaux tuberculeux par transformation fibreuse, donna sa méthode sclérogène, qui obtint des guérisons. Quénu employa le curettage réglé, auquel il a laissé son nom et dont une pratique de dix années n'a donné que de bons résultats. Enfin, plu-

sieurs chirurgiens, guidés par une même idée, enlever l'épididyme malade en conservant la glande indemne, eurent recours à des opérations qui furent appelées épididymectomies.

La première aurait été faite par Bardenhauer en 1880. Villeneuve en 1889 aurait fait cette opération qu'il croyait nouvelle. Duplay, Tillaux, Humbert, Lejars et beaucoup d'autres, auraient admis ce procédé tout en le modifiant. Les résultats ne trompèrent point leur attente et c'est par centaines que l'on compta les guérisons.

Cependant l'on observa quelques récidives précoces dans le testicule laissé en place, et c'est alors que s'appuyant sur les données d'anatomie pathologique, M. le professeur Poncet eut l'idée de modifier le procédé opératoire. Sa méthode, vraiment nouvelle et à la fois éminemment conservatrice et rationnelle, consiste à pratiquer systématiquement l'incision exploratrice du testicule avant ou après l'épididymectomie. Cette méthode avait déjà été employée par Lejars et Kœnig, mais seulement dans les cas où ils avaient des doutes sur l'intégrité de la substance testiculaire et non pas dans tous les cas.

CHAPITRE II

Indications et contre-indications de l'intervention sanglante dans le traitement de la tuberculose testiculaire.

Au point de vue clinique comme au point de vue du traitement, nous devons distinguer deux catégories de malades.

Dans la première catégorie, nous faisons rentrer les malades dont la tuberculose génitale est une lésion primitive, locale, et sans autres manifestations. Disons tout de suite que c'est la plus fréquente.

Au début de la maladie, presque toujours l'état général est bon, mais peu à peu, au bout d'un temps variable, les lésions tuberculeuses gagnent les autres organes et en particulier les poumons.

Sur 28 cas cliniques de tuberculose génitale, Guyon a trouvé 11 fois seulement des lésions pulmonaires.

Sur 30 cas cliniques de Reclus, les poumons auscultés soigneusement ne sont trouvés atteints que 16 fois.

A l'autopsie, cela se comprend, les lésions pulmonaires augmentent de fréquence.

Sur 64 autopsies, Reclus constate :

Tuberculose génitale et pulmonaire.	36 fois
Tuberculose génitale seule.	24 fois

Villard, sur 176 autopsies, trouve les poumons atteints 113 fois.

Ces statistiques comparées montrent que la tuberculose primitivement localisée aux organes génitaux tend à se généraliser, non seulement aux poumons, mais encore aux organes voisins, vessie, reins, péritoine. Villard, qui a étudié consciencieusement la question, dit dans son excellente thèse : « La tuberculose génitale, primitivement localisée à l'appareil séminifère, après avoir attendu six mois, un an, deux ans, finit par envahir de proche en proche les voies urinaires en suivant une marche ascendante et arrivant finalement jusqu'au parenchyme rénal, si toutefois une autre complication n'est venue terminer rapidement la scène pathologique. »

Il estime à 56 p. 100 les cas dans lesquels la marche de la maladie suit cette règle.

En résumé, la tuberculose génitale primitive est analogue à la tuberculose osseuse; c'est une tuberculose externe.

A la suite d'un traumatisme, d'une orchite blennorrhagique, l'appareil génital, se trouvant en état de réceptivité, le bacille de Koch s'y localise. Il peut rester plus ou moins longtemps stationnaire, mais finit presque toujours par se généraliser, comme nous venons de le voir. Pour le poumon, il n'y a pas de doute, la généralisation se fait par la voie sanguine. Pour les organes voisins, les divers auteurs ont émis des opinions variables ; pour les uns, le bacille suivrait la voie ascendante, vésicules, vessie, rein ; pour les autres, le bacille pourrait descendre du rein, gagner la vessie et, de là, les vésicules.

Aujourd'hui, on tend à admettre que toute généralisation, quelle qu'elle soit, suit la voie sanguine : et ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est que plusieurs lésions localisées ont été trouvées contemporaines. S'il en est ainsi, il est inutile, à l'exemple des anciens chirurgiens, d'intervenir par une castration hâtive; car l'exemple démontre que ces moyens trop radicaux ne mettent pas à l'abri d'une récidive du côté opposé.

La tuberculose locale ne doit pas être comparable au cancer, et pour le testicule comme pour les os, il est sage de se contenter d'opérations partielles. Celles-ci sont plus rationnelles; avec les procédés actuels et surtout avec l'orchidotomie, on fait disparaître les lésions aussi radicalement que par la castration.

L'étude des malades démontre en outre que, loin de se généraliser, les lésions secondaires tendent à régresser après les opérations partielles. Les cas de ce genre ne sont pas rares.

Il y a donc lieu d'intervenir le plus tôt possible dans ces cas de tuberculose locale primitive ; il y aura d'abord l'immense avantage de conserver au malade son testicule, rarement pris au début, et ensuite beaucoup de chances de voir la guérison complète survenir. La temporisation est pire encore que l'intervention radicale précoce ; elle en a tous les inconvénients, puisqu'elle forcera d'y recourir comme dernier moyen de salut; elle n'en a pas les avantages, puisqu'elle n'aura pu éviter la généralisation.

Dans la seconde catégorie de malades, nous rangeons ceux dont la lésion génitale est secondaire à une tuberculose pulmonaire.

Dans ces cas, le chirurgien devra presque toujours céder le pas au médecin. S'il est permis de tenter la castration, c'est sans grande chance de salut ; elle est plutôt, suivant l'expression de Lejars, « une opération de bienfaisance ».

CHAPITRE III

Utilité des opérations économiques dans le traitement de la tuberculose testiculaire.

A la suite de la castration érigée en méthode curative dès le début (nous ne parlons pas de celle qui est pratiquée nécessairement à une période très avancée, où épididyme et testicule sont envahis), les résultats obtenus ont été loin de correspondre aux espérances que l'on avait fondées sur elle. L'on ne se préoccupait pas assez du rôle joué par la glande dans l'économie humaine et l'on semblait faire peu de cas de l'état moral des malades, avant comme après l'opération.

Ce rôle moral et physiologique du testicule a une si grande importance dans l'organisme qu'il suffit pour faire rejeter la castration comme opération systématique.

Au début de la tuberculose testiculaire, tous les malades, le jeune homme comme le vieillard, consentiront difficilement à accepter une opération radicale et ne s'y décideront qu'au moment où leur mal sera arrivé à un tel degré de diffusion que les douleurs continuelles et les suppurations abondantes leur rendront la vie insupportable. On n'a pas le droit, non plus, pour les décider, de leur persuader qu'un testicule en vaut deux, car on sait combien la récidive est fréquente dans l'autre testicule. Bordenhauër, sur 38 cas, a observé 28 fois la

récidive dans l'autre épididyme. Sur 27 cas de Wiesler, 10 fois les deux testicules furent atteints consécutivement dans un intervalle d'un mois à deux ans. Il est certain que, si une première intervention a privé le malade d'un testicule, il se refusera énergiquement à sacrifier l'autre, ce qui détruirait ses dernières espérances et illusions. Etre réduit à la condition de l'eunuque, avec tous ses inconvénients, voilà ce à quoi ne consentira jamais le jeune homme, à moins de circonstances graves, et (quoique les organes ne servent qu'en raison du besoin que l'on en a) le vieillard l'acceptera difficilement.

Cette influence du testicule sur l'état moral est d'une importance telle que des auteurs comme Weir, Guelliot, Salles et Loumeau se sont ingéniés à le remplacer par un testicule artificiel pouvant donner l'illusion d'un testicule normal. Ils ont employé des boules d'ivoire, de marbre, de celluloïd, des pelotes de soie ; mais ces testicules (achetés chez le marchand) n'ont qu'une valeur minime et en échange beaucoup d'inconvénients, et les chirurgiens qui ont essayé la prothèse chez les châtrés savent qu'un testicule authentique est autrement avantageux, au point de vue de la durée et de l'effet moral, que les pièces artificielles les plus luxueuses et les plus perfectionnées.

D'un autre côté, on sait combien facilement les malades acceptent une intervention si on leur fait espérer la conservation probable de leurs organes virils. Leur laisser même un moignon de testicule et, à plus forte raison, un testicule sain, est un immense avantage qu'ils sauront apprécier et dont ils seront reconnaissants.

Bien plus important est le rôle physiologique de la glande spermatique, rôle déjà entrevu par Malgaigne et sur lequel les expériences de Brown-Séquard ne laissent aucun doute. En effet, le testicule, par ses sécrétions internes, sert à maintenir le tonus et l'intégrité du système nerveux. Godard, dans ses recherches sur la monorchidie et la chryptorchidie chez l'homme, a bien mis en évidence les perturbations physiques consécutives à la non-activité testiculaire. Matignon, attaché à la légation de France en Chine, et qui a observé les eunuques du palais impérial de Pékin, nous en trace le tableau suivant : « Les castrés sont, en général, peu intelligents, apathiques, moroses, pusillanimes. Ces amoindris vieillissent très vite. Chétifs et malingres, ils semblent des vieillards octogénaires alors qu'ils arrivent à peine à trente ou quarante ans. Quand ils sont vieux, on les prendrait pour des vieilles femmes ridées et ratatinées, qui, oubliant âge et sexe, se travestissent avec des costumes d'hommes. »

En somme, la castration produit des troubles nerveux, comme en produisent la thyroïdectomie et l'ovariotomie. Les observations de faits de ce genre ne manquent pas dans les annales de la médecine. Pujol en cite deux cas qu'il a observés dans le service de M. Villeneuve. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 38 ans, amputé depuis une dizaine de mois de son testicule gauche. Quoique guéri, il est plongé dans un état mélancolique très accusé et maigrit de jour en jour.

Le second cas est celui d'un jeune homme de 24 ans, castré à gauche depuis deux ans. Il est tombé dans un état de lypémanie profonde allant jusqu'au suicide. Le

testicule droit commençant à se tuberculiser, il a refusé toute intervention et a tenté de se suicider.

Fualds a vu survenir chez trois de ses castrés des troubles mentaux graves. Nous trouvons deux observations analogues dans la thèse de Platon. Chez un malade de Weiss, après une double castration, apparurent des troubles vaso-moteurs intenses. Il éprouvait brusquement une sensation d'angoisse et de vertige, avec irradiations douloureuses dans les lombes accompagnées de bouffées de chaleur au visage et au cou.

Ces faits, que l'on pourrait multiplier, prouvent surabondamment la haute importance de la sécrétion testiculaire.

De même que, chez l'amputé d'un membre, l'appareil le plus perfectionné ne saurait lui rendre sa validité d'autrefois, ainsi la castration enlève-t-elle au malade, avec ses dernières illusions, toute sa vigueur passée.

Verneuil l'avait compris et, quand il cautérisait énergiquement la glande, la lardait dans tous les sens avec le thermo-cautère, il avait soin de laisser un moignon, un reste de glande, lequel, avec le tissu cicatriciel, contribuait à former ce qu'il appelait le testicule moral.

Tous ces faits énumérés plus haut prouvent donc qu'il faut toujours conserver le plus de glande possible et, à plus forte raison, ne jamais sacrifier le testicule sain; et rappelons, à l'occasion, pour nous en servir, le précepte de Malgaigne : « Quoi ! il serait irrationnel de tenter de conserver une partie d'un organe mal à propos sacrifié ? Mais, véritablement, sauver la partie quand on ne peut sauver le tout, c'est là le but le plus élevé de la médecine opératoire tout entière. »

CHAPITRE IV

Utilité des incisions exploratrices ou orchidotomies.

Puisque dans les opérations conservatrices il faut enlever les parties malades, il est de toute nécessité de reconnaître ces parties.

La plupart des chirurgiens prétendent que l'épididymectomie réglée permet, après l'incision de la vaginale, de reconnaître l'état de la substance testiculaire à travers l'albuginée. Si un tubercule saillant est facile à reconnaître, il n'en est pas de même de l'existence de granulations grises, disséminées dans la substance testiculaire qu'un examen attentif et une palpation minutieuse de la glande mise à nu laissent échapper le plus souvent. Roux disait déjà en 1851 à l'Académie de médecine : « Il faut savoir que la consistance habituelle et l'aspect normal du testicule est presque toujours affecté dans une plus grande étendue que ne semble l'indiquer la lésion apparente ». Cela est vrai et nous allons essayer de le démontrer en nous basant sur l'anatomie pathologique dont nous emprunterons la description à Coyne.

Les lésions tuberculeuses peuvent envahir l'appareil séminal tout entier, mais elles se localisent plus spécialement :

1° Sur l'épididyme et le canal déférent ;

2° Sur le testicule ;

3° Sur la vaginale.

N'ayant point à tâche d'étudier la tuberculose du testicule au point de vue de l'anatomie pathologique, nous omettrons à dessein de parler des lésions de l'épididyme et du canal déférent, lésions qui sont faciles à reconnaître puisqu'elles se présentent toujours sous la forme de tubercules caséeux ou ramollis.

Nous allons décrire d'abord les lésions du testicule, pour montrer qu'elles peuvent dans certains cas passer inaperçues à un examen superficiel ; ensuite celles de la vaginale, qui parfois font suspecter un testicule sain.

Les lésions débutent le plus souvent par l'épididyme chez les adultes, mais chez les jeunes, le testicule est souvent lésé sans que l'épididyme soit atteint. La glande est atteinte dans les 4/5 des cas.

Les altérations tuberculeuses revêtent dans le testicule les formes les plus diverses et sont représentées par des granulations grises, des masses caséeuses et par des altérations fibreuses.

La granulation débute dans le revêtement endothélial périphérique. Plusieurs granulations peuvent se réunir et former une masse nodulaire qui subit soit l'évolution caséeuse, soit l'évolution fibreuse. Au début, lorsque les lésions sont jeunes, on aperçoit disséminées au milieu des lobules des petites granulations transparentes, renflant le canalicule qui les porte.

La forme caséeuse est représentée par des nodules jaunâtres crus ou diffluents à leur centre. Le testicule peut être envahi en totalité, et présente à la coupe l'as-

pect du marron cru. C'est une véritable infiltration massive. Les masses caséeuses peuvent se ramollir et s'échapper en bourbillons.

La tunique albuginée est saine à la période des granulations. Elle peut être soulevée et épaissie par les nodules tuberculeux. Ceux-ci peuvent former des abcès à parois bourgeonnantes et se créer un chemin à travers l'albuginée.

On le voit, l'albuginée peut avoir son aspect normal quoique le parenchyme testiculaire soit farci de granulations grises, lesquelles sont très apparentes une fois l'albuginée incisée. Et la clinique le démontre. Dans deux opérations que nous rapportons plus loin, M. Villard trouve le testicule atteint quoique l'albuginée ait son apparence normale. Si nous nous reportons aux observations VIII et XII, nous voyons les mêmes faits.

Delore s'exprime ainsi : « Nous-même avons été témoins de la première incision testiculaire pratiquée par M. Poncet : dans le premier testicule qui paraissait sain (la tuberculose génitale était double), on trouva une substance saine, mais dans le second, qui présentait extérieurement le même aspect que le premier, on vit une foule de tubercules crus disséminés dans les lobules, véritables granulations du testicule.

Les lésions observées sur la vaginale sont le plus habituellement représentées par des membranes limitant de petites cavités secondaires renfermant de la sérosité, dans laquelle on retrouve le bacille de Koch. Les deux feuillets peuvent être confondus et soudés avec l'albuginée, formant une coque épaisse périglandulaire constituée par des amas de follicules tuberculeux agglomérés.

Ces périorchites peuvent devenir fongueuses et donner l'aspect d'ulcères tuberculeux venant du testicule.

Ces lésions de la vaginale peuvent donc faire croire à une lésion du testicule alors qu'il n'en est rien : l'observation II en est une preuve.

Les manifestations de la tuberculose dans l'épididyme et le canal déférent, certainement les plus fréquentes, ont trop détourné l'attention des chirurgiens au détriment du testicule : et la tendance générale est de croire les lésions de la glande séminale rare en comparaison de celles de l'épididyme. Il n'en est rien et si nous consultons les statistiques nous voyons que le testicule est souvent atteint.

Guyon (Annales des maladies des organes génitaux urinaires), sur 137 observations cliniques, trouve :

Prostate seule malade	56	fois.
Prostate et vésicules.	11	—
Epididyme seul	2	—
Prostate, épididyme, testicule . . .	50	—
Tout avec doute pour la prostate . .	8	—

Wiesler (*in* thèse Munich, 1889), a l'autopsie, sur 27 cas de tuberculose primitive trouve :

Epididyme pris seul.	3	fois.
Testicule et épididyme.	24	—

Fays, qui dans sa thèse a réuni 26 observations de tuberculose génitale, trouve :

Vésicule seule.	2	fois.
Prostate	1	—

Vésicule et prostate . . . . . 10 —
Tout l'appareil . . . . . 13 —

Reclus rapporte dans sa thèse 22 observations cliniques et trouve :

Epididyme seul pris. . . . . 12 fois.
Epididyme et testicule. . . . . 10 —

Enfin, Reclus, réunissant les autopsies publiées par le *Bulletin de la Société Anatomique*, de 1863 à 1891, et y ajoutant 10 personnelles, soit 68, trouve :

Epididyme et testicule pris. . . 48 fois
Epididyme seul . . . . . 20 fois

Les statistiques de Wiesler et la deuxième de Reclus portant sur des autopsies, il n'y a rien d'étonnant à voir si élevée la proportion dans laquelle est atteint le testicule, les lésions, localisées primitivement à l'épididyme, ayant eu le temps de gagner les parties voisines. En réalité, surtout à la première période de la maladie, le testicule est souvent sain, mais il ne faut pas trop s'y fier et s'en rendre compte par l'incision de l'albuginée.

Au cours de nos recherches, nous avons trouvé que les récidives de tuberculose après épididymectomie, dans un temps variable de quelques mois à plusieurs années, étaient assez fréquentes dans le testicule du côté opéré ; et nous sommes engagé à croire que beaucoup de cas malheureux n'ont pas été publiés.

Nous trouvons :

(*In* thèse Dimitresco) : Sur 5 malades épididymecto-

misés, 1, revu trois mois après l'opération, avait une petite masse adhérente à la peau et au testicule.

Sur 10 malades épididymectomisés :

6 guéris ;
1 atrophie du testicule ;
3 portent des fistules (opérés depuis trois ans, deux ans et un mois).

(*In* thèse Dimitresco) : Sur 5 malades de Bardenhauër :

4 guéris ;
1, après deux ans, porte une fistule aboutissant au testicule.

(*In* thèse Audebal) : Sur 32 cas :

25 guérisons ;
1 atrophie ;
5 récidives.

(*In* thèse Chassin) : 1 malade de Villeneuve, épididymectomisé en mars à droite, revient en mai porteur de deux fistules aboutissant au testicule.

Humbert enlève aux ciseaux, le 10 avril, l'épididyme droite à un malade, sorti le 5 mai, la plaie cicatrisée. Trois semaines plus tard, apparition d'une fistule. Opération en août, le testicule est farci de tubercules : castration.

Reynier (*Société de Chirurgie*, 1898) dit : « J'ai fait, cette année, des curettages, des épididymectomies, et j'avoue que les résultats ne m'ont pas enthousiasmé. J'ai vu revenir deux curettages avec de nouveaux foyers et des fistules et une épididymectomie m'est revenue avec le

testicule gros qui menaçait de s'abcéder quatre mois après l'opération. »

Ces faits montrent qu'il est bon de toujours vérifier l'état de la substance testiculaire, car ces récidives seraient souvent évitées si l'on faisait disparaître toutes les lésions. Il est certain que ces fistules, apparaissant quelque temps après l'opération, sont dues, le plus souvent, à des granulations du testicule passées inaperçues et qu'une orchidotomie exploratrice aurait rendu apparentes.

CHAPITRE V

Manuel opératoire.

Nous décrirons dans ce chapitre le manuel opératoire dont se sert Bardenhauer. Nous indiquerons rapidement en quoi diffèrent les procédés des autres chirurgiens ; enfin, nous terminerons par l'orchidotomie de M. Poncet.

Tout d'abord, dit Bardenhauer, il faut déterminer par une palpation soigneuse, la limite exacte entre le testicule et l'épididyme. Ceci est important pour ne pas léser le testicule. Ensuite, l'opérateur placé du même côté que l'épididyme à extirper, saisit le testicule et le retourne de façon à ce que le testicule regarde en haut et en avant.

On fait alors une incision sur le côté externe du scrotum, à la limite de l'épididyme et du testicule, d'une longueur de un ou deux pouces parallèle au sillon susindiqué. On sépare la peau et le dartos jusqu'au niveau de l'épididyme. A l'extrémité supérieure de la tumeur, qui se trouve dans la position où la maintient l'opérateur, sur son bord antérieur et dans la région de la queue où les vaisseaux ne sont pas en rapport avec le testicule, on pénètre jusqu'à la tunique albuginée. On procède ensuite à l'ablation sous-séreuse de l'épididyme dans toute sa longueur à l'aide d'incisions parallèles. Au

niveau de la tête, la vaginale est ouverte pour ne pas léser les vaisseaux.

Après la séparation du corps du testicule, je saisis le canal déférent, que je libère minutieusement du tissu cellulaire voisin : je tire sur lui fortement et je le réséque aussi haut que possible.

Petit drain dans la cavité vaginale. Suture de la capsule de l'épididyme et drainage de sa cavité. Suture au fil d'argent des parties molles du scrotum, laissant seulement un petit orifice pour le passage du drain. Dans les derniers temps, j'ai eu des suites opératoires meilleures avec une mèche de gaze iodoformée à la place du drain.

Villeneuve fait l'incision tout le long du cordon et désinsère l'épididyme au thermo-cautère. Il dissèque le canal déférent jusque dans l'anneau inguinal, puis tirant sur le cordon, il parvient à casser celui-ci plus ou moins haut, et quelquefois à enlever la vésicule. Il a donné à ce procédé le nom d'épididymo-funiculectomie.

Humbert, qui ne pratique jamais la funiculectomie, ne se sert jamais du bistouri mais de ciseaux courbes pour désinsérer l'épididyme. Celui-ci est sectionné au thermo-cautère.

Lejars ne fait l'épididymo-funiculectomie que lorsqu'il constate des lésions le long du canal déférent. Il ne se sert que du bistouri.

Duplay emploie à peu près le même procédé.

Quénu emploie un procédé qu'il a appelé *curettage réglé*. Après avoir reconnu les noyaux tuberculeux, il les fait saillir et les incise au bistouri ; après quoi il les

enlève au moyen de la curette. Chlorure de zinc. Pansement à la gaze iodoformée.

Quel que soit le procédé employé, il est utile, à l'exemple de Bardenhauer et Villeneuve, de sectionner aussi haut que possible le canal déférent, qui est toujours plus ou moins atteint et qui, d'ailleurs, n'offre aucun avantage à être conservé.

L'incision exploratrice ou orchidotomie de Poncet peut se faire avant ou après l'épididymectomie : mais il est préférable de commencer par l'orchidotomie, car dans le cas où elle montrerait un testicule farci de tubercules, l'on procéderait immédiatement à la castration et l'on éviterait ainsi la perte de temps qu'entraîne la désinsertion de l'épididyme.

Après l'incision de la vaginale, le testicule est sorti et examiné. Si la vaginale présente des adhérences avec l'albuginée, elles sont rompues et celle-ci est frottée avec une compresse. Puis sur le bord convexe antéro-inférieur qui ne présente pas de vaisseaux, on mène une incision profonde, de la même manière que l'on inciserait un rein dans la néphrotomie. La substance du testicule est minutieusement examinée. Si elle est saine, les deux lèvres de l'albuginée sont suturées au catgut fin.

On se bornera à des orchidectomies plus ou moins étendues suivant l'altération de la substance du testicule. En tous cas, il faut garder la plus grande quantité possible de parenchyme testiculaire sain.

Ensuite, on résèque l'épididyme par l'un des procédés que nous venons d'indiquer plus haut.

La vaginale est suturée au catgut. Le drainage post-opératoire se fait soit au moyen de tubes en caout-

chouc, soit à la gaze iodoformée : celle-ci paraît préférable.

En général, la réunion par première intention est toujours obtenue si l'antisepsie a été bien faite.

La difficulté du manuel opératoire de l'épididymectomie consiste surtout à ménager les vaisseaux. Il arrive en effet que quelquefois les noyaux de l'épididyme et du testicule, quoique jeunes, sont adhérents aux vaisseaux : il est alors difficile de les en séparer sans léser les vaisseaux et il peut survenir de la nécrose ou de l'atrophie.

En général, on n'a pas à redouter les hémorrhagies ; l'écoulement en nappe du sang qui se produit à la section du testicule est facilement arrêté.

CHAPITRE VI

Avantages et résultats de l'épididymectomie et de l'orchidotomie.

En montrant les mauvais résultats de la castration hâtive, nous avons déjà énuméré les avantages de l'épididymectomie. Nous allons les résumer en les complétant.

Le premier, le plus important sans contredit est de conserver une glande ou une portion de glande saine, capable de jouer un rôle moral et physiologique. Nous avons suffisamment insisté sur ce point dans les chapitres précédents pour n'y pas revenir.

Les partisans de la castration objectaient qu'il était peut-être illusoire de conserver une glande qui avait de grandes chances d'atrophie. Ils se basaient pour cela sur les phénomènes survenus après la ligature des canaux excréteurs des autres glandes, foie, pancréas, ou sur des opérations pratiquées dans les cas d'hypertrophie de la prostate et qui amenaient l'atrophie du testicule, parce qu'avec le canal déférent on liait les vaisseaux. Or, depuis quelques années on a fait un grand nombre d'épididymectomies et les cas d'atrophie ont été rares. On ne les a observés que dans des cas où des vaisseaux importants avaient été sectionnés. Ni l'oblitération ni la section du canal déférent n'ont jamais donné d'atrophie du testicule.

Brugogne et Gosselin ont trouvé dans leurs dissections des sujets privés d'une partie ou de tout le canal déférent et qui n'en avaient pas moins des testicules normaux. Des ligatures du canal déférent, faites sur des animaux, n'ont pas donné non plus d'atrophie, et de plus l'on a toujours observé chez eux la conservation du désir et de la puissance génitale. Eh bien, après l'épididymectomie, il en est de même et c'est encore un de ses grands avantages sur la castration. Bien entendu, du moment que toute communication entre le canal déférent et le testicule est interrompu, la *facultas generandi* disparaît, mais le désir de même que la *facultas coeundi* persistent aussi longtemps que le testicule continue de sécréter. Humbert raconte qu'un de ses malades, qui avait subi une résection bilatérale des épididymes, lui disait six ans après : « Jamais je n'ai été aussi amoureux ». En effet, il contractait la syphilis six mois après.

Un autre avantage, c'est qu'une opération partielle comme la résection de l'épididyme est facilement acceptée par les malades : nous en avons parlé plus haut.

Enfin, l'intervention n'est nullement grave. Avec une antisepsie soignée, il n'y a pas de complications à redouter. La cicatrisation se fait rapidement.

Loin d'aggraver le mal, l'intervention en prévient souvent les complications.

OBSERVATIONS

Avant de relater les observations que nous avons pu recueillir, nous allons rapporter trois faits qui ont la valeur démonstrative de ces dernières.

Les deux premiers sont dus à M. le docteur Villard, de Lyon. N'ayant pu reconstituer entièrement ses observations, il nous a écrit ce qui suit : « Deux fois, au cours d'intervention sur des testicules tuberculeux, au moment où j'allais me décider à une épididymectomie, vu l'intégrité apparente du testicule, j'ai eu recours à l'incision exploratrice de l'organe, en le fendant longitudinalement sur toute sa longueur. Dans les deux cas, contrairement à mon attente, j'ai trouvé le parenchyme testiculaire semé de granulations miliaires et j'ai terminé par une castration. »

L'autre fait est rapporté par Lejars, dans ses leçons de chirurgie. Voici comment il s'exprime à propos d'une castration qu'il a faite : « Le canal déférent était d'épaisseur triplée et présentait à l'œil nu, sur sa coupe, quelques nodules caséeux. L'épididyme était farci de tubercules. La substance du testicule semblait saine à première vue, mais elle était semée, çà et là, de quelques nodules rougeâtres suspects, qui me déterminèrent à faire la castration. »

OBSERVATION I

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé André.

Epididymite tuberculeuse gauche avec fistule. Après l'orchidotomie, le testicule apparaît complètement tuberculeux. — Castration. — Guérison.

Eugène V..., chef cantonnier, 54 ans, entre à l'hôpital le 1er août 1898.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. État général bon.

Sa maladie a débuté en septembre 1896 par un gonflement de la bourse gauche, sans douleurs ni phénomènes inflammatoires. Le gonflement a persisté depuis et, en janvier 1898, nouvelle augmentation de volume causée par un hydrocèle. Il est ponctionné, mais se reproduit.

En mars 1897, il s'est formé un abcès, à marche chronique, à la partie antérieure et moyenne du scrotum.

Il reste une fistule qui suppure continuellement, mais peu à la fois.

État actuel :

Côté gauche. — Fistule à la partie antérieure des bourses, laissant écouler un pus d'aspect tuberculeux. Hydrocèle symptomatique à la partie antérieure et interne du testicule. L'épididyme est très augmenté et forme, en haut et en arrière, un casque très dur, et, à la partie interne, une large plaque indurée. Le cordon n'est pas douloureux et ne semble pas augmenté.

Ganglions multiples au pli de l'aine gauche.

Hernie inguinale gauche.

Côté droit. — Le testicule semble normal. Épididyme augmenté de volume et induré; noyaux très durs, surtout au niveau de la queue.

Ganglions nombreux à l'aine droite.

Hernie inguinale droite.

L'augmentation de volume de l'épididyme droit daterait de deux ans.

Au toucher rectal, prostate indurée, surtout au niveau de la pointe.

Opération le 3 août.

Incision de la bourse gauche passant à côté de la fistule. On ouvre la vaginale : elle contient un peu de liquide séreux, est cloisonnée et, en grande partie, oblitérée par des adhérences qu'on détruit pour faire saillir le testicule. Celui-ci est attiré au dehors et, pour se décider à une opération partielle ou radicale, on fait l'orchidotomie exploratrice de Poncet. Il sort du testicule un flot de pus; on se décide donc pour la castration, qu'on pratique en sacrifiant la portion de peau qui environne la fistule.

Le cordon est coupé très haut, après ligature.

Par la même occasion, on résèque l'extrémité inférieure du sac inguinal du même côté.

A la section du cordon, le canal déférent laisse échapper du pus caséeux; aussi résèque-t-on un nouveau bout de canal déférent de 6 à 7 centimètres.

Suture. Pas de drain. Pansement compressif.

Examen de la pièce. — Épididyme énorme, scléreux,

criant sous le scalpel. Le testicule renferme une caverne du volume d'une petite noix, couverte d'une membrane fougueuse et de détritus putrilagineux. La fistule y aboutissait.

Suites opératoires normales.

10 août. — Pansement. Réunion complète per primum. Ablation des fils.

16 août. — On enlève un fil oublié. Petit bourgeon charnu sur la cicatrice.

Sort le 18 août, la plaie cicatrisée.

Revu en octobre en excellent état.

Resté guéri en février 1899.

OBSERVATION II

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé André.

Epididymite tuberculeuse droite. — Symphyse vaginale. — Orchidotomie. — Testicule sain. — Epidymectomie. — Guérison.

Paul R..., forgeron, 36 ans. Entré à l'hôpital le 3 août 1898.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. : En 1880, une première bronchite qui s'est renouvelée presque tous les hivers. Le malade tousse continuellement.

Sa maladie a débuté vers le milieu de juillet par du gonflement et un peu de douleur dans la bourse du côté

droit. Ce gonflement s'est produit très rapidement et est resté jusqu'à ce jour au même degré. Actuellement l'épididyme droit est très volumineux et très induré, surtout au niveau de la queue, où l'on sent un noyau gros comme une petite noix, qui adhère aux tissus superficiels et à la face profonde de la peau. Rien d'appréciable du côté du testicule. Le canal déférent est plus gros que du côté opposé et de plus il est douloureux.

Au toucher la prostate est indurée dans tout le lobe droit.

Opération le 6 août.

Incision au niveau du testicule droit. La vaginale est à peu près oblitérée par des adhérences récentes entre l'albuginée et le feuillet externe. On les détruit facilement. L'albuginée apparaît couverte de points rouges et de débris de fausses membranes, On frotte avec une compresse; puis incision exploratrice du testicule qui est reconnu sain. Suture au moyen de quatre fils profonds et de trois fils superficiels. L'épididyme est mis à découvert en arrière. Il est gros et induré : On l'incise longitudinalement et on tombe au niveau de la queue sur un foyer caséeux et fongueux du volume d'une forte noisette.

Le foyer est enlevé à la curette, bien nettoyé, modifié au chlorure de zinc, puis tamponné à la gaze iodoformée ; un bout de la mèche sort à l'extérieur.

Sutures de la vaginale et de la peau.

10 août. — Pansement. Un peu de rétention de liquide hématique dans la cavité, derrière la mèche. On remplace celle-ci par un tube.

12 août. — Pansement. Va très bien. Très peu de sérosité hématique dans le pansement.

19 août. — On retire le drain et on met un crayon d'iodoforme.

22 août. — Cicatrisation complète.

25 août. — On cesse tout pansement.

Sort guéri le 27 août.

Revu environ trois mois après en excellent état.

OBSERVATION III

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Février.

Epididymite tuberculeuse droite. — Orchidotomie. — Testicule sain. — Epididymectomie. — Nécrose du testicule.

Joseph A..., cultivateur, 29 ans, entre à l'hôpital à la fin de septembre 1898 dans le service de M. le professeur Février.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : A eu à l'âge de 19 ans une affection pulmonaire mal caractérisée.

Des douleurs articulaires survenues, à 21 ans, du côté de la colonne lombaire le font réformer du service militaire. Ces douleurs s'accentuent et en mars 1898 il entre à l'hôpital avec un abcès iliaque par congestion. Incision : lavages. Il sort quelque temps après guéri.

En octobre 1898 il rentre de nouveau à l'hôpital, se plaignant de vives douleurs dans la bourse droite. Celle-ci est tuméfiée, rouge. Le palper, qui est très douloureux, laisse percevoir un épididyme induré et très augmenté de volume, Le testicule est plus gros que normalement.

On diagnostique une affection aiguë tuberculeuse de l'épididyme et du testicule ; on traite par des compresses.

La douleur et l'inflammation disparaissent assez vite. L'épididyme reste dur et augmenté de volume. On se décide à intervenir.

Opération le 18 octobre.

Anesthésie au chloroforme. Soins antiseptiques ordinaires.

Incision au niveau de la bourse droite.

Après avoir incisé la vaginale, on tombe sur le testicule qui est gros et d'aspect normal. Pour se rendre compte de l'état du parenchyme testiculaire, on fait l'orchidotomie. Le testicule est reconnu sain.

Les foyers de la queue de l'épididyme sont ensuite enlevés aux ciseaux. La tête, qui est complètement caséeuse, est enlevée aux ciseaux ; on enlève en même temps une partie du corps d'Higmore. Les foyers enlevés sont nettoyés et passés au chlorure de zinc. Les deux lèvres de l'albuginée sont ensuite suturées au catgut fin. Des tubes séminifères s'échappent entre les points de suture. On réduit le testicule dans la vaginale qui est ensuite suturée.

Pansement.

Trois jours après, apparition d'une fièvre assez élevée, qui se continue jusqu'au cinquième jour où on enlève le pansement. La plaie suppure.

Les fils sont enlevés et on refait un nouveau pansement.

Deux jours après on enlevait le pansement, il s'échappe de la plaie des débris de testicule sphacélés.

Antiseptie rigoureuse. Le testicule s'élimine complètement et le malade sort, à la fin d'octobre, la plaie cicatrisée.

OBSERVATION IV

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. X. Delore, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon.

Épididymite tuberculeuse bilatérale. — Orchidotomie et épididymectomie doubles. — Autres localisations tuberculeuses.

E. Royer, 24 ans, lunettier, de Morey (Jura)

Père mort d'une pleurésie.

Ce jeune homme entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. le professeur Poncet, le 6 septembre 1897, pour une épididymite tuberculeuse droite.

Il a des antécédents non douteux de bacillose.

Depuis deux ans, bronchites presque continuelles pendant les hivers. Il y a six mois, fistule anale qui guérit assez rapidement après une intervention. A la même époque, signes d'une tuberculose vésicale; pollakiurie, pyurie, mictions douloureuses, qui s'améliorent par les lavages.

L'épididymite a débuté il y a trois mois. Au moment

de l'examen, on reconnaît que l'organe est induré uniformément dans ses trois quarts supérieurs, c'est-à-dire particulièrement du côté de la tête de l'épididyme. En ce point, on sent même un abcès nettement fluctuant. Le testicule paraît sain. Au toucher rectal, vésicule droite bosselée et indurée.

Le malade présente en outre un abcès froid sous-claviculaire, qui paraît du reste superficiel.

Pas de température.

Le 7 septembre 1897, on pratique la résection totale de l'épididyme malade et, de plus, une orchidotomie exploratrice (incision sur le bord convexe). La substance glandulaire étant saine, on suture l'albuginée pour replacer la glande dans son état normal. On lave la vaginale à l'eau phéniquée et on réintègre le testicule dans les bourses. Suture. Drainage.

Quelques jours après, douze jours, ce malade quittait l'Hôtel-Dieu guéri. La réunion était parfaite.

L'épididyme enlevé était nettement caséeux.

Le 20 février 1899, ce jeune homme, dont l'état général était resté bon, revient à la clinique pour une épididymite tuberculeuse gauche.

Du côté du testicule opéré (le droit), on note : la persistance de la glande qui, bien que réduite aux deux tiers environ du volume normal, semble cependant avoir conservé ses fonctions ou tout ou moins ses propriétés physiques normales, sa consistance élastique, sa sensibilité. Il n'y a pas eu de récidives, pas de douleurs dans la bourse droite. On sent, sur le bord convexe de la glande, un sillon qui doit représenter la trace de l'orchidotomie pratiquée il y a dix-huit mois.

Ce jeune homme a engraissé, il n'a nullement l'aspect infantile, n'est pas lypémaniaque et a gardé, malgré son infirmité, toute la gaîté de son âge.

Les lésions vésicales ont rétrocédé complètement.

Mais, comme au premier examen (il y a dix-huit mois), on constate une légère induration du sommet gauche et une vésicule séminale bosselée.

Au niveau de la queue de l'épididyme gauche, fistule conduisant sur la queue de cet organe.

Le reste de l'organe est bosselé et présente l'aspect caractéristique de la tuberculose.

22 février 1899. — M. X. Delore pratique l'épididymectomie totale. Une orchidotomie exploratrice montre que le testicule est sain. On suture l'albuginée par trois points de catgut.

Malgré une symphyse vaginale totale, l'opération, fort simple, dure à peine quelques minutes. L'épididyme est nettement caséo-fongueux.

Le canal déférent est également enlevé sur une longueur de 7 à 8 centimètres : il est sain.

Pas de ligature, car pas d'hémorrhagie.

Suture des bourses au fil métallique.

Drainage à la partie déclive, en arrière du testicule. Pansement.

2 mars. — On enlève le drain. La guérison est complète. Le malade quitte l'hôpital le 6 mars. Jamais de température au-dessus de 38°3 et celle-ci pendant deux jours seulement.

Nous signalons simplement une légère douleur, avec légère tuméfaction, ayant apparu deux jours après l'opé-

ration et ayant disparu en quatre jours, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Cet accident insignifiant, nous l'avons noté dans la plupart des épididymectomies, avec résection du canal déférent, que nous avons pratiquées. Il est dû à une légère extravasation sanguine ou à un peu d'inflammation provoquée au contact de la tranche de section du canal déférent.

OBSERVATION V

Dr Delore, de Lyon (in *Gazette hebdomadaire*).

Castration à gauche en 1892. Guérison. — Epididymite droite tuberculeuse avec abcès. — Epididymectomie en 1898. — Orchidotomie. — Testicule sain. Guérison.

Joseph D..., 42 ans, voiturier, entre le 29 avril 1898 dans le service de M. Poncet. Cet homme paraît robuste et n'accuse pas d'antécédents personnels ni héréditaires.

Il y a six ans, sans cause appréciable, il vit survenir dans la bourse gauche une tumeur développée au niveau du testicule et qui augmenta progressivement sans douleur et sans phénomènes aigus.

Deux ans après, cette tuméfaction avait acquis le volume du poing lorsqu'il se décida à entrer dans le service de M. Poncet, qui pratiqua la castration.

La guérison s'est maintenue parfaite à gauche.

Depuis trois ans, des phénomènes semblables se manifestèrent sur la glande droite. Content du premier résultat, il revint pour réclamer une nouvelle opération.

On constate à son entrée une augmentation considérable de volume de la bourse droite : en arrière existe une tumeur allongée verticalement, dure et bosselée, fluctuante suivant les points.

C'est l'épididyme certainement caséeux et dont un abcès s'est ouvert, il y a quelques jours, au niveau de la queue de l'épididyme, après avoir déterminé un aspect véritablement phlegmoneux de la région.

En avant, il existe une fluctuation franche, due à un épanchement vaginal qui masque complètement le testicule perdu entre le liquide vaginal qui est en avant et l'épididyme caséeux qui est en arrière.

Adénopathie iliaque droite. Pas de lésions à la prostate ni dans le reste du système urinaire ou de l'organisme. Opération le 2 mai 1898.

Incision de la tunique vaginale après éthérisation.

L'épididyme énorme et tuberculeux est nettoyé d'abord à la curette, parce qu'il y a des masses molles qui s'effritent ; puis la résection de l'épididyme et du canal déférent est terminée aux ciseaux. Le cordon reste sain. La vaginale était distendue par 200 grammes de liquide.

Après l'épididymectomie, on fait l'orchidotomie exploratrice.

Le testicule étant sain, on le suture par trois points de catgut au niveau des lèvres de l'albuginée sectionnée.

Il n'y a pas d'hémorrhagie. On réunit les 2/3 de la plaie, puis on établit un drainage à la partie inférieure de la cavité vaginale.

6 mai. — On refait le pansement parce que les sécrétions ont été très abondantes. La température n'a pas dépassé 38°,5.

13 mai. — Le malade se lève depuis huit jours : il ne souffre pas. Sur sa demande, on le laisse partir, bien que la plaie drainée ne soit pas absolument cicatrisée.

Le testicule ne s'est pas sphacélé et a conservé son intégrité.

OBSERVATION VI

Docteur Delore (in *Gazette hebdomadaire*).

Curettage à gauche en 1896. — Guérison. — Epididymite tuberculeuse droite. — Epididymectomie. — Testicule reconnu sain après orchidotomie. — Guérison.

Il s'agit d'un homme de 28 ans, de santé relativement bonne, qui n'a jamais présenté d'autre lésion que celle des organes génitaux.

En 1896, il subit à Lyon un curettage, suivi de cautérisations ignées pour des lésions tuberculeuses abcédées de l'épididyme gauche. Cette intervention amena une guérison locale complète, qui s'est maintenue depuis lors. Le testicule droit était sain à cette époque.

Le 3 mai 1898, il revient pour des accidents testiculaires à droite, qui remontent à quelques mois.

Il y a trois mois, survinrent rapidement une tuméfaction de la bourse, des douleurs accompagnées d'affaiblissement et d'amaigrissement.

On constate en arrière de la bourse droite un corps allongé, très dur et douloureux à la pression ; c'est l'épididyme augmenté de volume et bosselé. En avant

et en haut existe un noyau qui est fluctuant et qui représente un abcès de la tête de l'épididyme qui tend à s'ouvrir au dehors. Epanchement vaginal entre l'épididyme et le testicule.

Pas de lésions apparentes des vésicules séminales ou de la prostate. Pas de généralisation pulmonaire.

Opération le 6 mai 1898.

Après éthérisation, la cavité vaginale est ouverte et du liquide citrin s'en échappe. Immédiatement le testicule est luxé au dehors ; le canal déférent est isolé et disséqué à travers les éléments du cordon ; alors on sépare avec les ciseaux la queue de l'épididyme de ses diverses attaches, puis la tête.

Après incision de l'albuginée, le testicule est reconnu sain.

Toute l'opération a duré quelques minutes et ne s'est accompagnée d'aucune hémorrhagie. Seule l'artère épididymaire a donné quelques gouttes de sang.

L'abcès pariétal est ouvert ; on termine par une cautérisation de cet abcès, puis un drainage et les sutures, enfin par le pansement qui est maintenu par un simple suspensoir.

Les suites furent excessivement simples. Le malade fort satisfait voulut absolument partir chez lui quatre jours après l'opération et les nouvelles que l'on en reçut furent excellentes.

Un écoulement urèthral qui existait depuis un mois, qui était séro-purulent et assez abondant, a complètement disparu.

OBSERVATION VII

(*In* thèse Chanin)

Epididymite tuberculeuse double. — Epididymectomies doubles. — Orchidotomie à gauche. — Testicule sain. Orchidotomie à droite. — Testicule caséeux. — Grattage du testicule et ablation du corps d'Higmore. — Guérison.

X..., père mort dans un âge avancé d'hémorrhagie cérébrale. Frères et sœurs bien portants.

L'affection qui l'amène à l'hôpital a débuté, il y a un an environ, par une tuméfaction de la bourse droite, qui donna issue quelques semaines après à une certaine quantité de pus granuleux. Sans faire aucun traitement, la tumeur s'affaissa légèrement et peu à peu ; cependant il persista encore des fistules en pomme d'arrosoir, très peu apparentes au niveau de la queue de l'épididyme droit.

Il y a cinq mois, apparition d'une tumeur semblable dans la bourse gauche et ouverture il y a deux mois.

L'état général s'est conservé excellent.

L'épididyme droit est gros et injecté, le testicule petit, ratatiné et flasque.

La bourse gauche est très grosse et masque le testicule Il y a en avant une hydrocèle nettement fluctuante et transparente : à la partie inférieure une fistule superficielle étalée. Impossible de faire la part de ce qui revient au testicule ou à l'épididyme dans cette masse. Le canal déférent est plus petit et plus régulier que du

côté opposé. Au toucher rectal la prostate paraît saine. La vésicule séminale gauche est très grosse. Rien d'appréciable aux poumons et aux reins.

19 juin. — Opération par M. Poncet.

Incision de l'hydrocèle droite contenant un liquide citrin. Sur la vaginale on voit des tubercules, dont trois ou quatre sont au moins aussi gros qu'une tête d'épingle. Le testicule paraît foncé et plus vasculaire que d'habitude. Incision de l'épididyme droit, complètement caséeux, et grattage à la curette. Incision de l'épididyme gauche également caséeux et curettage soigneux.

M. Poncet incise le testicule gauche et constate qu'il est sain. Suture au catgut de l'albuginée. Incision du testicule droit qui est farci de tubercules très gros, disséminés dans la trame testiculaire. Grattage du testicule et ablation du corps d'Higmore. Il ne reste en somme à droite que la coque de deux organes : testicule et épididyme.

Thermo-cautère, suture à gauche.

Pansement à plat, à la gaze iodoformée, dans la plaie largement ouverte. Suspensoir.

18 juillet. — Le malade sort à peu près cicatrisé.

Bon état général.

OBSERVATION VIII

(*In* thèse Chassin).

Castration gauche en 1892. — Epididymite tuberculeuse droite. — Epididymectomie en 1897. — Orchidotomie. — Quelques granulations dans le testicule; elles ne sont pas enlevées. — Cicatrisation. — Le malade n'est pas revu.

M..., 40 ans. Bonne santé générale; pas de maladies antérieures.

La maladie actuelle a débuté il y a six ans par le testicule gauche. Après une suppuration prolongée, on lui a fait l'ablation de ce testicule.

Malgré cela, la glande du côté opposé devient bientôt volumineuse et douloureuse.

Après plusieurs mois d'attente, le malade se décide à entrer à l'hôpital, dans le service de M. Jaboulay, le 22 juin 1897.

Bourse droite volumineuse; tumeur appartenant à l'épididyme; il n'y a pas d'hydrocèle, pas de masses caséeuses, pas de fistules.

Opération. — Le testicule gauche étant absent, M. Jaboulay veut essayer la conservation partielle du testicule droit. Pour cela, il pratique l'opération de la façon suivante : il réséque l'épididyme droit complètement envahi, puis, à l'aide d'un ciseau, excise un noyau tuberculeux situé sur le corps du testicule.

Il incise l'albuginée et ne voyant que quelques granu-

lations au sein du parenchyme, il referme la plaie. Suture, pansement, réunion par première intention.

Le 25 juillet, le malade quitte le service. La plaie est complètement cicatrisée.

OBSERVATION IX

Professeur Villeneuve (*in* thèse Platon).

Epididymite tuberculeuse gauche. — Epididymo-funiculectomie. — Orchidotomie. — Noyaux au sommet du testicule qui sont enlevés. — Guérison.

Hippolyte E..., 36 ans, entre dans le service du professeur Villeneuve en mars 1896, porteur d'un testicule tuberculeux. Etat général peu brillant.

Laryngite tuberculeuse et lésions bacillaires au sommet droit. Les testicules ne sont pas en bon état.

A droite, testicule petit, atrophié, donne à la palpation une sensation mollasse.

A gauche, la masse totale du testicule est augmentée de volume ; le scrotum est rouge, lisse, tendre.

Le testicule paraît sain, autant que peut le permettre la palpation. L'épididyme est notablement hypertrophié, induré avec des noyaux nombreux.

Ce malade est soumis d'abord au traitement médical. Température oscille entre 37° et 38°.

Opération le 17 mars 1896. — Epididymo-funiculectomie. Après avoir séparé l'épididyme du testicule, M. Villeneuve dissèque le canal déférent ; et en tirant sur lui, il se casse à 28 centimètres de trajet.

Le testicule montre, l'albuginée fendue, quelques noyaux à son sommet ainsi qu'à la partie inférieure. Le tout est abrasé au bistouri, râclé et nettoyé. La partie saine est soigneusement replacée dans l'albuginée recousue par un surjet de catgut fin.

Drainage, suture de la peau.

Le 17 avril, la plaie est cicatrisée, et les signes stéthoscopiques ont très sensiblement diminué. L'appétit est excellent et le malade a engraissé.

Le 20 mai, le malade sort l'état général très satisfaisant.

Revu quatre mois après. Etat stationnaire. Aucune amélioration du côté de la laryngite.

Rien au testicule.

OBSERVATION X

Professeur Villeneuve (*in* thèse Platon).

Épididymite tuberculeuse et fistule gauche. — Épididymo-funiculectomie. — Orchidotomie; noyau caséeux au niveau de la queue de l'épididyme; on l'enlève. — Suites opératoires bonnes.

A. B... est entré à la salle Mouland (Hôtel-Dieu) porteur d'une tuberculose testiculaire.

Le testicule gauche présente une fistule, consécutive à un abcès qui s'est ouvert il y a un mois et demi. L'épididyme du même côté est gros, bosselé, et le cordon, induré comme une plume d'oie rigide, ne présente cependant pas de noyaux.

Le toucher rectal ne révèle aucune lésion perceptible du côté des vésicules et de la prostate.

L'épididymo-funiculectomie est pratiquée le 25 février 1895.

Le testicule mis à nu et l'albuginée incisée, on constate que la glande séminale est indemne, sauf au niveau de la queue de l'épididyme, où le parenchyme est atteint de dégénérescence caséeuse. Cette portion malade est réséquée et l'albuginée est suturée pour enfermer la partie saine du testicule.

L'épididyme est détachée, et le cordon, soigneusement disséqué, est enlevé sur une longueur de 25 centimètres.

Suture aux crins sans drain.

Guérison per primum.

OBSERVATION XI

Professeur Roux (*in* thèse Platon).

Épididymite tuberculeuse droite et abcès. — Orchidotomie; testicule farci de tubercules. — Castration. — Guérison.

Jérôme C... entre le 20 octobre 1897 à l'hôpital de la Conception (Marseille). Terrassier vigoureux, sans antécédents tuberculeux.

Son scrotum, douloureux depuis cinq mois environ, présente à droite un cordon en chapelet, aboutissant à un épididyme bosselé, à noyaux déjà ramollis et fluctuants. Le testicule est gros, douloureux, avec des

dépôts caséeux ayant tendance à évoluer vers la peau du scrotum. Enfin, au bord externe du côté gauche, apparaît un abcès bien localisé à fluctuation très nette.

Le testicule gauche n'offre rien de particulier, si ce n'est une légère induration à l'insertion du cordon et de l'épididyme.

Dès le lendemain de son arrivée, l'abcès, en imminence de suppuration, est incisé et gratté.

Le 28 octobre, non seulement l'abcès primitf n'offre aucune tendance à la cicatrisation, mais semble vouloir s'établir en trajet fistuleux.

De plus, de nouveaux abcès menacent de s'ouvrir et le malade réclame une opération radicale qui le soulagera et lui permettra de reprendre sous peu son travail abandonné.

Le testicule, mis à nu après incision de l'albuginée, montre une glande farcie de tubercules, que l'on ne peut songer à conserver. Il est inutile même d'essayer de garder un vestige du testicule. L'épididyme malade et le cordon moniliforme sont réséqués aussi haut que possible.

Suture; pansement.

Le malade, revu, est parfaitement guéri et ne semble pas malheureux de la perte de son testicule.

OBSERVATION XII

Jean du Muy (*in* thèse Platon).

Tuberculose testiculaire droite. — Fistule au niveau de l'épididyme. — Orchidotomie. — Noyaux caséeux enlevés. — Il reste moitié du parenchyme. — Bonnes suites opératoires.

Louis R.... 32 ans, entre au mois d'avril 1897 à l'hôpital de la Conception (Marseille).

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : deux chaudepisses ; une à 20 ans, suivie d'orchite, l'autre à 30 ans.

État actuel. — Poumons : légers râles humides à droite. Testicule gauche : sain en apparence. Testicule droit : noyaux ramollis au niveau de l'épididyme ; fistule à la partie inférieure du testicule, qui est volumineux et douloureux.

Opération. — Épididymo-funiculectomie.

Résection de 12 centimètres à peine de canal déférent.

Ouverture de la vaginale et de l'albuginée. Abrasions des noyaux caséeux du testicule au bistouri. Il reste la moitié du parenchyme testiculaire qui est renfermé dans l'albuginée recousue au catgut fin.

Suture de la peau à points séparés, avec drainage de la partie inférieure. Pansement.

Huit jours après, le pansement est refait.

Cicatrisation. — Les fils sont enlevés. Pansement.

Le malade sort, vers le 15 mai, avec une guérison

opératoire parfaite, très heureux de la conservation d'une partie de son testicule, qu'il croit seulement atrophié.

OBSERVATION XIII

Jean du Muy (*in* thèse Platon).

Épididyme tuberculeuse droite. — Épididymectomie. — Orchidotomie. — Testicule sain. — Guérison.

Joseph S..., 37 ans, journalier, entre au mois de mars 1897 à l'hôpital de la Conception.

Antécédents personnels : fièvre muqueuse à 15 ans; blennorrhagie à 22 ans; bronchites répétées à 29 et 30 ans.

État actuel. — État général satisfaisant, appétit conservé, digestions faciles. L'appareil respiratoire ne présente rien de particulier.

Le testicule droit est un peu augmenté de volume; il existe un petit épanchement dans la vaginale. Au niveau de l'épididyme, un noyau induré, gros comme une noisette, siège à l'endroit où cet organe coiffe le testicule.

Le testicule gauche est sain. Traitement médical immédiatement ordonné.

Opération dix jours après son entrée. Épididymo-funiculectomie.

Après avoir détaché l'épididyme au thermo-cautère, le canal déférent est disséqué soigneusement pour ne pas léser les vaisseaux nourriciers. On parvient ainsi à enlever 35 centimètres de canal déférent. Un coup de bistouri sur la vaginale fait écouler un liquide citrin. Par précau-

tion, l'albuginée est sectionnée : elle montre un testicule sans lésions. L'albuginée et la vaginale sont recousues au catgut. Suture en surjet de la peau. Pansement.

Huit jours après, le pansement est enlevé : la cicatrisation est parfaite. Le malade sort, à la fin du mois de mars, complètement guéri.

L'intérieur du canal déférent est examiné après raclage, et, quoique l'on n'ait pas trouvé macroscopiquement de lésions tuberculeuses, on a retrouvé des bacilles de Koch dans presque tout le trajet.

OBSERVATION XIV

Lejars (*in* thèse Dimitresco).

Epididymite tuberculeuse droite. — Epididymectomie. Après l'orchidotomie, testicule sain. — Guérison.

V. F., 29 ans, entre le 18 juin 1894, à la Pitié, pour une douleur qu'il ressentait dans le testicule droit.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : En 1888, blennorrhagie suivie d'orchite double. Guérison après un mois.

En 1890, nouvelle chaudepisse, avec orchite droite. Guérison. Enfin, en juin 1894, il ressent après un effort des douleurs dans les bourses et les reins, qui persistent jusqu'au 5 juin, jour où le malade s'aperçoit qu'elles augmentent et que son testicule droit a grossi. Des cataplasmes n'amènent aucune résolution et il entre à l'hôpital.

L'épididyme droit est volumineux et très induré, surtout au niveau de la queue. Le canal déférent est gros, moniliforme, dur, indolore. Le corps du testicule semble sain.

Rien à la prostate, ni aux vésicules séminales.

Le testicule gauche est sain.

Opération le 22 juin 1894.

Incision en haut sur la paroi antérieure du cordon et descendant sur la face antérieure du scrotum, sur une longueur de 9 à 10 centimètres. Ouverture de la gaine des vaisseaux spermatiques.

Le canal déférent est isolé des vaisseaux qui l'entourent, jusqu'au niveau de la queue de l'épididyme.

La vaginale ouverte laisse s'écouler un peu de liquide citrin : elle ne paraît pas malade.

On dissèque l'épididyme qui se détache assez facilement du corps du testicule.

Incision exploratrice sur le testicule. Par l'ouverture de l'albuginée, on aperçoit la substance séminifère saine. Fermeture au catgut fin. Le canal déférent est réséqué très haut et ligaturé. Le testicule est remis en place. Suture de la vaginale et de la gaine des vaisseaux au catgut. Suture des parties superficielles au crin de Florence. Pansement iodoformé.

Suites opératoires très bonnes. Réunion par première intention. Le malade sort le 5 juillet complètemen guéri.

Revu le 12 mars 1897. Le testicule n'est pas atrophié mais un peu plus dur que l'autre. Très bon état général. En somme, guérison parfaite.

CHAPITRE VII

Conclusions.

I. — Si la tuberculose testiculaire est secondaire à des lésions avancées des poumons ou d'autres organes le traitement médical et les opérations palliatives sont la règle à suivre.

II. — Si la tuberculose testiculaire est primitive, il faut tâcher d'arrêter l'extension du processus tuberculeux par une intervention sanglante précoce, en supprimant le plus tôt possible les foyers tuberculeux. Le traitement médical sera toujours employé comme adjuvant.

III. — Une opération radicale, comme la castration hâtive, est mauvaise, parce qu'elle supprime le testicule qui joue un rôle moral et physiologique dans l'organisme.

IV. — Il y a lieu de substituer à la castration précoce une opération qui respectera la glande génitale tout en permettant d'enlever tous les foyers tuberculeux : telle est l'épididymectomie précédée d'orchidotomie exploratrice.

V. — Si l'incision exploratrice montre un testicule complètement tuberculeux, l'on fera la castration.

VI. — Le procédé opératoire de Villeneuve, suivi de funiculectomie, paraît le plus recommandable.

VII. — Il est d'une importance capitale de ne pas léser, autant que possible, les vaisseaux spermatiques, afin d'éviter la nécrose ou l'atrophie.

VIII. — Les résultats immédiats et éloignés sont très encourageants. La cicatrisation est rapide ; il n'y a pas de troubles nerveux consécutifs ; la puissance génitale est conservée.

Vu :
Le Président de la Thèse,
T. WEISS.

Vu :
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 13 mars 1899.
Le Recteur,
A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1834. Bérard. — Thèse agrégation, Paris.

1841. Jobert de Lamballe. — *Sarcocèle tuberculeux, castration. (Gazette des Hôpitaux,* Paris, 2e s., t. III., p. 276.)

1842. Manoury et Thore. — *Sarcocèle tuberculeux,* etc. *(Annales de Médecine belge,* Bruxelles, t. IV, p. 212.)

1850. Malgaigne. — *Médecine opératoire.*

1850. Malgaigne. — *Des tubercules du testicule et de leur traitement. (Gazette des Hôpitaux,* 3e s., t. II, p. 354.)

1850. Malgaigne. — *Tubercules du testicule, résection, phtisie pulmonaire aiguë. (Gazette des Hôpitaux,* 3e s., t. II, p. 457.)

1851. Malgaigne. — *Du traitement des ulcères tuberculeux du testicule par une opération nouvelle. (Gazette de Médecine chirurgicale de Paris,* t. X, p. 141-155.)

1854. Dufour. — *Tubercules du testicule.* (Thèse, Paris.)

1854. Philipeaux. — *Traitement du testicule tuberculeux par la pâte de chlorure de zinc. (Journal de Médecine chirurgicale et pharmacologicale,* Bruxelles, t. XIX.)

1859. Werner. — *Tuberculose orchitis linkerseits; entfernung des Kranken Hodens; genesung.* (Ztschr. f. Wundarzte u. Geburtsch., Stuttgard.)

1859. Curling et Critchett. — *Case of tuberculocèle, castration. (Lancet,* t. II, 412.)

1864. Maisonneuve. — *Testicule tuberculeux. Amputation par la corde et le fil de fer.* Guérison. (*France médicale*, Paris, t. XI.)

1866. Hunin. — *Du sarcocèle tuberculeux.* (Thèse, Paris.)

1869. Salleron. — *Mémoire sur les affections des organes génitaux de l'homme. (Archives générales de médecine*, juillet.)

1873. Barnier. — *Des tubercules du testicule*, Paris, in-4°.

1873. Auboin. — *Traitement du testicule tuberculeux par la cautérisation.* (Thèse, Paris.)

1876. Reclus. — Thèse, Paris.

1879. Von Mosetig Moorhof. — *Tuberculosis testis Heilung.* (Wien.)

1879. Richet. — *De l'abrasion et de la castration de l'épididymite tuberculeuse. (Union médicale*, t. XXVIII, p. 781.)

1882. Terrillon. — *Essai critique sur le traitement de la tuberculose du testicule. (Bulletin général de thérapeutique*, Paris, t. CII, p. 140.)

1882. Verneuil. — *Tuberculose testiculaire; traitement par la cautérisation ignée. (Gazette des Hôpitaux*, t. LV.)

1883. Monod. — *Tuberculose testiculaire et castration. (Progrès médical*, p. 797.)

1886. Terrillon. — *De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du testicule. (Progrès médical*, t. III, p. 37.)

Monod et Terrillon. — *Traité des maladies des organes génitaux.*

1888. Villeneuve. — *Traitement du testicule tuberculeux.* (*Marseille médical*).

1890. Villeneuve. — *Tuberculose du testicule, épididymectomie. (Marseille médical*, t. XXVII, p. 535.)

1890. Gombaud. — *Contribution à l'étude de la tuberculose testiculaire et particulièrement de son traitement.* (Thèse, Bordeaux.)

1891. Hutinel et Deschamps. — *Etude sur la tuberculose testiculaire chez les enfants*, Paris.

1891. Roux. — *Excision de la vésicule séminale.* (Congrès français de Chirurgie, Paris.)

1891. Villeneuve. — *Epididymo-vésiculectomie dans la tuberculose testiculaire.* (*Marseille médical.*)

1891. Durr. — *Zur Frage der Oper. der Hoden tuberkulose durch castration der Nebenhoden resektion*, p. 451.

1891. Guyon. — *Annales des maladies des organes génitaux urinaires.*

1894. Euvrard. — *Traitement de la tuberculose testiculaire par la cautérisation.* (Thèse, Paris.)

1895. Villard. — *Rapports de la tuberculose génitale avec les autres manifestations tuberculeuses.* (Thèse, Lyon.)

1895. Lejars. — *Traitement de la tuberculose testiculaire.* (Leçons de Chirurgie, Paris.)

1896. Quénu. — *Traitement opératoire de la tuberculose épididymaire.* (Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie, Paris.)

1896. Chevrolle. — Thèse, Paris.

1896. Fays. — Thèse, Paris.

1896. Salles. — *Prothèse testiculaire.* (Thèse, Bordeaux.)

1897. Chassin. — *Des opérations économiques dans la tuberculose testiculaire.* (Thèse, Lyon.)

1896. Tillaux. — *Traitement chirurgical de la tuberculose testiculaire.* (Bulletin médical.)

1897. Quénu. — *Traitement opératoire de la tuberculose épididymique.* (*Gazette médicale.*)

1897. Degrenne. — Thèse, Paris.

1897. Duplay. — (Bulletin médical.)

1897. Mac Guffie. — (Thèse, Paris.)

1897. Dimitresco. — (Thèse, Paris.)

1898. Audebal. — (Thèse, Paris.)

1898. Platon. — *Traitement de la tuberculose testiculaire.* (Thèse, Montpellier.)

1898. Reynier et Beurnier. (Société de Chirurgie, p. 1181.)

1898. Delore. — *De l'orchidotomie.* (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 12 juin.)

1898. Delore. — (*Lyon médical.*)

Kœnig. — (*Deutsche zeitschrift für Chirurgie*, t. 47, p. 502.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 3

CHAPITRE PREMIER. — Historique 5

CHAPITRE II. — Indications et contre-indications de l'intervention sanglante dans le traitement de la tuberculose testiculaire 8

CHAPITRE III. — Utilité des opérations économiques dans le traitement de la tuberculose testiculaire 12

CHAPITRE IV. — Utilité des incisions exploratrices ou orchidotomies 16

CHAPITRE V. — Manuel opératoire 23

CHAPITRE VI. — Avantages et résultats de l'épidymectomie et de l'orchidotomie 27

OBSERVATIONS 29

CHAPITRE VII. — Conclusions 54

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 57

Nancy. — Imprimerie Nancéienne, 15, rue de la Pépinière.